

Goiânia, 04 de novembro de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO
TR N.º 9362/2020**De: Farmácia
Para: Setor de Compras**1. MATERIAL**

Compra de medicamentos.

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

CÓD MV	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE SOLICITADA
14509	ACICLOVIR 250MG INJ FA	500
14603	ACIDO VALPROICO 250MG (VALPROATO DE SODIO) CAPS GELATINOSA	1000
14608	ALBENDAZOL 400MG 10ML SUSP ORAL FR	50
14589	ANFOTERICINA B 50MG SOL INJ FA	300
15352	AZATIOPRINA 50MG COMP (NP)	200
14744	CEFEPIME 2G FA (NP)	100
14747	CEFTRIAXONA 1G FA EV/IM	700
15273	CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 1L FR	30
14899	DESMOPRESSINA 10MCG/DOSE 2,5ML SPRAY NASAL FRASCO (NP)	2
14947	FENITOINA 100MG COMP	500
15344	LEVOFLOXACINA 500MG 100ML BOLSA	72
15023	MEROPENEM 1G FA	600
15078	OXACILINA 500MG FA	1000
15113	SULFAMETOXAZOL 40MG + TRIMETOPRIMA 8MG/ML 100ML FR	200

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Solicitação de compra de insumos para abastecimento da Unidade. Os medicamentos solicitados apresentaram aumento de consumo e a quantidade em estoque prevê abastecimento para menos de 7 dias de consumo. Sendo assim, diante da iminência de falta desses medicamentos e possível desassistência ao paciente lançamos compra para ressuprimento. Para análise do consumo utilizamos consumo no último mês/ últimos 15 dias, sazonalidade e epidemiologia atual.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

Conforme item 2 deste Termo de Referência.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

5.1. Atender aos pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irredutíveis, conforme proposta publicada na plataforma eletrônica de compra (BIONEXO) e no site do ISG ou jornal;

5.2. Atender aos pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores, sendo realizada a programação no décimo quinto dia útil;

5.3. Os pedidos deverão ser entregues no Hospital de Doenças Tropicais – HDT/HAA, das 08:00 às 18:00, em dias úteis, podendo haver necessidade de entrega aos sábados, das 08:00h às 12:00h, impreterivelmente, tendo em vista que os pedidos deverão ser entregues com 05 (cinco) dias corridos;

Flávia Carvalho da Silva

Carimada 2073

HDT/ISG-GO

5.4. O FORNECEDOR deverá disponibilizar na nota fiscal os dados bancários para realização de pagamento;

5.5. O FORNECEDOR deverá apresentar mensalmente sob pena de não liquidação das faturas as seguintes certidões com regularidade:

- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão FGTS
- Certidão de Tributos Federais

6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. O prazo para o pagamento será de aproximadamente 60 (trinta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

6.2. A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 90 (noventa) dias mesmo que não ocorram os pagamentos das faturas

6.3. A nota fiscal deverá ser emitida em nome/razão social: Instituto Sócrates Guanaes – ISG – CG:91/2012, CNPJ/MF nº 03.969.808/0003-31, com endereço na Avenida Olinda, s/n Qd H4 Lt. 01 a 03. Bairro Park Lozandes. CEP 74884-120. Goiânia-GO.

6.4. As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.

Atenciosamente,


Mara Cristina N. Sampaio
Coordenação de Farmácia
ISG/HDT

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Farmacêutica – Coordenação Setor Farmácia


Flávia Carvalho da Silva
Compradora
HDT/ISG-GO